



Ortega A., Andreu M., García F., Bárcena M.

Hospital Veterinari Molins. Pol. Ind. Molí dels Frares, B-27; 08620 Sant Vicenç dels Horts, Barcelona

Introducción

El shunt portosistémico es una comunicación vascular que lleva la sangre directamente desde la circulación portal a la circulación sistémica sin pasar por las células hepáticas y consecuentemente sin detoxificar dicha sangre.

Caso Clínico

Se presentó en nuestro hospital "Snoopy" macho, Schnauzer enano de 4 meses de edad con signos compatibles con encefalopatía hepática y antecedentes de infecciones urinarias recurrentes. Durante la exploración física no demostró ninguna alteración. Tras analizar los resultados se procedió a efectuar una ecografía abdominal donde se detectó una comunicación extra-hepática (portacava). Posteriormente se le realizó un TAC para descartar la presencia de otras comunicaciones hepáticas, así como para localizar con exactitud la anomalía y proceder a su cirugía.



Figuras 1 y 2: Reconstrucción en 3D del estudio tomográfico.

Para corregir el shunt portosistémico, el cirujano realizó una laparotomía exploratoria craneal y se emplearon bandas de celofán para provocar el cierre paulatino del defecto vascular.

Durante la intervención se proporcionó una infusión continua de suero fisiológico y albúmina para elevar la presión oncótica. Esta transfusión de albúmina se mantuvo post-quirúrgicamente para elevar su concentración basal.



Figura 3: Recuperación del paciente



Figura 4: Imagen intraoperatoria: Localización del Shunt



Figuras 5, 6 y 7: Controles postquirúrgicos (auscultación, presión arterial y control de dolor).

TABLA DE CONTROLES				
Hora	P.A. Sistólica (mmHg)	Temperatura (°C)	Escala de Glasgow Control del dolor	Control de glucosa (mg/dl)
8:00 h	120	36,8 (post-TAC)	-	132,8
16:00 h	120	38,2	-	
24:00 h	120	38,9	-	
Hora Día Cirugía	P.A. Sistólica (mmHg)	Temperatura (°C)	Escala de Glasgow Control del dolor	Control de glucosa (mg/dl)
8:00h	120	37,9	-	108,6
10:00h	120	38,1	-	
14:00 h	120	35,5 (post-cirugía)	2	73
15:00 h	110	37,8	2	
16:00 h	110	38,2	2	
18:00 h	120	40,4	2	80
20:00 h	120	39,5	2	99
24:00 h	160	38,9	2	
4:00 h	130	39	2	
8:00 h	120	38,5	2	
8:00 h	140	38	2	
Hora 24h post-cirugía	P.A. Sistólica (mmHg)	Temperatura (°C)	Escala de Glasgow Control del dolor	Control de glucosa (mg/dl)
8:00 h	140	37,9	3	169
12:00 h	200	38,8	5 (se administra dosis única: 0,05 ml metadona su)	
16:00 h	130	38,5	2	
20:00 h	140	39	2	
24:00 h	140	39,9 (se procede a cambiar el catéter)	2	
4:00 h	110	40,7		
5:00 h		40,6		
6:00 h		40,4		
8:00 h	140	39,8 (se retira catéter de albúmina)	2	
Hora 48h post-cirugía	P.A. Sistólica (mmHg)	Temperatura (°C)	Escala de Glasgow Control del dolor	Control de glucosa (mg/dl)
8:00 h	120	39,8	0	150
10:00 h		40 (se le administran los fluidos fríos)		
12:00 h	160	40	1	
16:00 h	100	39,8	0	
20:00 h	120	40,6	0	
24:00 h	160	41,2	0	
2:00 h		41,8 (se procede a retirar la albúmina)		
3:00 h		41,5		
4:00 h	140	41,3	0	
5:00 h		41		
6:00 h		40		
7:00h		39,8		
Hora 72h post-cirugía	P.A. Sistólica (mmHg)	Temperatura (°C)	Escala de Glasgow Control del dolor	Control de glucosa (mg/dl)
8:00 h	95	39,5	0	
16:00 h	120	38,7	0	120
24:00 h	130	38,6	0	
Hora 96h post-cirugía	P.A. Sistólica (mmHg)	Temperatura (°C)	Escala de Glasgow Control del dolor	Control de glucosa (mg/dl)
8:00 h	140	38,9	0	
16:00 h	140	38,6	0	110
24:00h	150	38,8	0	
Hora Día alta	P.A. Sistólica (mmHg)	Temperatura (°C)	Escala de Glasgow Control del dolor	Control de glucosa (mg/dl)
8:00 h	150	38	0	112
16:00 h	150	38,3	0	
24:00h	150	38,5	0	

Durante el tiempo en el que el paciente estuvo monitorizado el color de mucosas, TRC y frecuencia respiratoria y cardíaca, estuvieron dentro de la normalidad

Figura 8 : Tabla de controles

Al finalizar la cirugía se mantuvo al paciente en incubadora con calor y oxigenoterapia. Durante su hospitalización la fluidoterapia consistió en una solución de suero fisiológico. Se medicó con lactulosa para capturar los iones de amonio y metronidazol. La dieta consistió en un alimento formulado para problemas hepáticos.

Cabe destacar la importancia del control de su glucemia pre y post quirúrgica. Transcurridas las primeras 24 horas, se realizaron analíticas de control observando que el animal seguía estable, con buenas constantes y un apetito saludable, por lo que se procedió a pasarle los controles a cada 4 horas. Al presentar malestar abdominal a la palpación se le administró metadona (0.1mg/kg/IM). A las 48 horas, el paciente seguía estable, se le prescribió controles cada 8 horas y el dolor desapareció. A las 72 horas se le repitió con analíticas y ecografía abdominal de control, mostrando una recuperación a nivel vascular. Pasados 5 días desde la operación y con los buenos resultados obtenidos, el paciente fue dado de alta.

Conclusiones

Después de estudiar este caso cabe destacar que el shunt portosistémico es la anomalía congénita más frecuente del sistema hepatobiliar en perros. Como consecuencia de esta enfermedad se produce una disfunción hepática que provoca una amplia variedad de síntomas clínicos.

Nuestro papel como ATV en el procedimiento de recuperación de la operación quirúrgica es fundamental ya que es el momento más crítico para nuestro paciente. Es de vital importancia el control de todas las constantes. Ante cualquier alteración es importante avisar al veterinario responsable del caso para poder modificar, si es necesario, el tratamiento farmacológico o realizar alguna prueba complementaria que sea necesaria para valorar la evolución del paciente y corregir la frecuencia de la monitorización.

Referencias bibliográficas:

- Crump.L. Nursing care of congenital portosystemic shunt. Veterinary Nursing Journal. Volum 27. Issue 10 Octubre 2012: 370-372
- Jenkins.H, Hasky.E. Nursing the portosystemia shunt patient. The veterinary nurse, Vol.4, Issue 2. 02 April 2013: 74-80
- Pratscheke.K. Shunt portosistémico en el perro: generalidades de diagnóstico y opciones terapéuticas. Veterinary Focus. Vol 20 nº 3 2010

